

Tillbudsrapport

HÄNDELSEN INTRÄFFADE

<input type="checkbox"/> Produktionsarbete	<input type="checkbox"/> Administrativt arbete	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Kvinna		
Ålder	--24 <input type="checkbox"/>	25-34 <input type="checkbox"/>	35-44 <input type="checkbox"/>	45-54 <input type="checkbox"/>	55-- <input type="checkbox"/>
Datum	Klockan	Arbetsplats; ange arbetsställe och ort			
Namn		Telenr. inkl. riktnr. till arbetsstället			

Ja Ne **Är tillbudet, händelsen så allvarlig att anmälan har skett till Arbetsmiljöinspektionen?**

Sammanfattning av vad som har hänt, orsak

Vilken personskada hade kunnat uppstå?

Omedelbar åtgärd som vidtagits

Åtgärd som kommer att vidtas samt datum för åtgärden – Skriftligt svar skall alltid lämnas till den drabbade inom 1 månad (fylls i av arbetsledare/chef)

Åtgärdsförslag	Åtgärdas av	Datum
	Uppföljning av	Datum

Datum	Datum
Arbetsledare/chef (texta)	Skyddsombud (texta)

OBS! Kopia till följande personer:

- den drabbade, skyddsombud, berörd arbetsledare/chef, Personalchef